Aus der Chirurgischen Klinik der Universität
Breslau
(Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Küttner)

Die an der Chirurgischen Klinik zu Breslau beobachteten Pankreaserkrankungen.

Auszug

aus einer Schrift zur Erlangung der medizinischen Doktorwürde bei der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich-Wilhelms-Universität zu Breslau

vorgelegt von

Georg Jung,

Volontärassistent in Göttingen.

Breslau 1923

Gedruckt mit Genehmigung der Medizinischen Fakultät der Schlesischen Friedrich Wilhelms-Universität zu Breslau.
Berichterstatter: Geheimrat Prof. Dr. Küttner.

R. UNIV. BIBLIOTHEEK LEIDEN

Es wurden an der Chirurgischen Klinik zu Breslau in der Zeit von 1898 bis 1920 im ganzen 52 Fälle von Pankreaserkrankungen beobachtet. Davon waren 16 Cysten, 19 Tumoren, 6 Fälle von Pankreasnekrose und 9 von Pankreatitis chronica.

Am häufigsten kamen die Cysten bei Personen vor, die sich im 3. u. 4. Dezennium ihres Lebens befanden. Das männliche Geschlecht war öfter als das weibliche befallen.

Aetiologisch kommen für die Entstehung der Cysten Traumen, vorausgegangene Entzündung und Bildung nach Art eines Tumors ohne besondere Ursache in Betracht. 2 unserer Fälle waren traumatisch entstanden. Beides waren Männer. Nach Art der Beschwerden und der kurzen Zeitspanne zwischen Unfall und Cystenentwicklung war ersterer sicher als aetiologisches Moment anzunehmen. Die Art des Traumas war beide Male ein stumpfer Schlag gegen die Oberbauchgegend. Im Anschluß an entzündliche Erscheinungen in dem Epigastrium waren 11 Fälle entstanden. Vorausgegangen waren bei einigen Gelenkrheumatismus und einmal eine Entbindung; jedoch ist es fraglich, ob diese Schuld an den entzündlichen Erscheinungen hat, oder ob hier noch andere Gründe in Rechenschaft zu ziehen sind. In der Literatur ist die Entbindung öfters als aetiologisches Moment angeführt. Meist traten plötzlich sehr heftige Schmerzen in der Oberbauchgegend auf. Bemerkt wurde dann die Geschwulst nach verschieden langer Zeit. Bei einem Patienten trat sie gleich beim ersten Anfall auf, bei den übrigen waren Zwischenräume von ½ bis zu 15 Jahren. Nach Art eines Tumors sind bei uns 2 Fälle entstanden. Beide betrafen Frauen. Der Zeitraum, in dem diese Art von Cysten sich entwickelt haben, beträgt bei dem ersten Falle 7 Jahre, bei dem zweiten 3 Jahre.

Pathologisch - anatomisch handelt es sich bei den meisten Cysten um sogenannte Pseudocysten. Aber auch Retentionscysten wurden in 3 Fällen beobachtet. Histologisch läßt sich über die Cysten nichts aussagen, da sie zum großen Teil nicht mikroskopisch untersucht waren, und wenn, so lagen nur sehr kurze Berichte vor.

Die Diagnose Pankreascyste läßt sich nur sehr schwer mit Sicherheit feststellen, da es kein pathognomisch einwandfreies Zeichen für

sie gibt. Von den zur Sicherung der Diagnose herangezogenen Hilfsmitteln ist die Probepunktion gänzlich zu verwerfen, da sie zu gefährlich ist, ausgenommen, wenn gleich alles zur Operation bereit ist, wie in einem Falle bei uns. Andrerseits kann uns die Untersuchung ihres Inhaltes auch keinen sicheren Schluß auf die vorliegende Cystenart geben.

Die Magendarmaufblähung und die Röntgenuntersuchung geben noch die sichersten Anhaltspunkte für die Lage der fraglichen Cyste. Kommt dann noch eine gut aufgenommene Anamnese hinzu, so ist die Diagnose mit großer Wahrscheinlichkeit zu stellen. Differentialdiagnostisch kommen fast alle cystischen Gebilde in Frage, die im Bauche vorhanden sein können.

Therapeutisch verdient die Totalexstirpation an erster Stelle genannt zu werden. Ist sie aus technischen Gründen nicht möglich, so muß die Cystenwand in die Bauchwand eingenäht, eröffnet und tamponiert werden. Es kann jedoch dann zu langem Offenbleiben der Fistel kommen, das die Heilung wesentlich verzögert.

Von soliden Tumoren haben wir im ganzen 19 beobachtet, die alle maligne waren. Auf das Geschlecht verteilen sie sich etwa gleich. Am häufigsten war das 5. und 6. Jahrzehnt befallen.

Von den 3 Teilen des Pankreas war am häufigsten der Kopf befallen, und zwar handelte es sich meist um Carcinome. Was für Arten von Carcinomen es histologisch waren, ist nicht immer verzeichnet gewesen. Nur von 2 Fällen liegen Angaben vor, und da handelte es sich das eine Mal um ein Ca. alveolare und das andere Mal um ein Cylinderzellen - Carcinom. Auch für die Pankreastumoren gibt es kein spezifisch pathognomonisches Zeichen. Die Symptome wechseln je nach dem Sitz des Tumors. Ein langsam sich entwickelnder Ikterus ohne vorangegangene Gallensteinanfälle und daneben zunehmende Kachexie sprechen im höheren Alter fast immer für einen Pankreastumor.

Differentialdiagnostisch ist vor allem die Pankreatitis chronica in Betracht zu ziehen. Selbst bei der Operation ist es manchmal unmöglich hier eine richtige Diagnose zu stellen.

Therapeutisch ist das Idealste die Totalexstirpation. Meist ist sie jedoch wegen des weiten Umsichgreifens des Tumors nicht mehr möglich.

Bei unseren Fällen wurde dreimal überhaupt nicht operiert, bei einem nur die Probelaparotomie gemacht. Einmal wurde die Cholecystostomie und in den übrigen Fällen die Cholecystenterostomie ausge-

führt. 12 der Patienten verließen die Klinik im gebesserten Zustande. 6 Patienten sind einige Tage nach der Operation an zunehmender Schwäche ad exitum gekommen, eine Patientin noch nach 3 Monaten. Von den übrigen konnte nichts weiter erfahren werden.

In der Aetiologie der Pankreasnekrose spielt die Cholelithiasis eine große Rolle. Unter unseren 6 Fällen waren bei 2 Patienten Gallensteinkoliken vorangegangen. Bei einem fand man sogar bei der Obduktion den Stein noch in der Papille stecken. Bei dem anderen Falle befanden sich die Steine in der Gallenblase; jedoch waren die Gänge und die Papille vollkommen durchgängig. Ob also hier die Steine als ursächliches Moment anzuführen sind, ist unbestimmt. Bei den übrigen 4 Fällen sind keine Anhaltspunkte für ein aetiologisches Moment vorhanden.

Nach Eröffnung der Bauchhöhle zeigten sich bei unseren Fällen die gewöhnlichen diffusen gelben Flecke in dem Fettgewebe in der Umgebung des Pankreas. Meist stieß man dann auf eine große Höhle, aus der sich Eiter entleerte. In einem Falle war bei der Sektion eine gallige Peritonitis gefunden. In einem andern konnte man nichts mehr von der Bauchspeicheldrüse wahrnehmen. Es zeigten sich nur noch nekrotische Gewebsfetzen. Die Diagnose läßt sich aus der plötzlich ohne Ursache auftretenden Peritonitis mit Ileus leicht stellen. Glykosurie tritt auch zuweilen auf. Bei uns zweimal.

Therapeutisch kommt die Eröffnung und Drainage der Jauchehöhle in Frage. Sie wurde bei uns dreimal ausgeführt. Bei einem anderen wurde wegen des Symptomes der Gallensteinkoliken die Hepatikus - Drainage und Cholecystektomie gemacht. Ein Patient kam schon bei der Vorbereitung zur Operation ad exitum. Der weitere Verlauf der Krankheit war ungünstig. 5 Patienten starben bald nach der Operation, nur einer konnte geheilt entlassen werden.